



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

유아기 (2-4주)

아동 기록부 진찰 작성부	아동의 이름	생년월일
	알레르기 문제	현재 복용하고 있는 약품
출생 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등		
예 아니오 예 아니오 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 잠을 잘 잡니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 제 얼굴을 쳐다봅니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 잘 먹고 잘 뺍니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 을 때 말을 해 주거나 안아 주면 일단 그침니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 소리를 듣습니다. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 저는 자주 슬픈 기분이 들곤 해서 염려가 됩니다.		
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history <hr/> <hr/>		Diet _____ Elimination _____ Sleep _____ <input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Other _____
Screening: Hearing N A Vision N A Development N A Behavior N A Social/Emotional N A Gross Motor N A Fine Motor N A		Health Education/Anticipatory Guidance: (Check all completed) <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Sleeping on back <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Shaken Baby Syndrome <input type="checkbox"/> Infant Bond <input type="checkbox"/> Feeding/colic <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Passive Smoke <input type="checkbox"/> No bottle in bed <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Other: _____
Physical: General appearance N A Skin N A Head/Fontanelle N A Eyes N A Ears N A Nose N A Oropharynx N A Mental Health N A		Lungs N A Chest N A Cardiovascular/Pulses N A Abdomen N A Genitalia N A Spine N A Extremities N A Neurological N A
Describe abnormal findings: <hr/> <hr/> <hr/>		
IMMUNIZATIONS GIVEN		
REFERRALS		
NEXT VISIT: 2 MONTHS OF AGE		HEALTH PROVIDER NAME
HEALTH PROVIDER SIGNATURE		HEALTH PROVIDER ADDRESS

DSHS 13-683 KO (REV. 08/2001)

SEE DICTATION

DISTRIBUTION: White - Physician Yellow - Parent/Guardian

INFANCY: 2-4 WEEKS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2-4 weeks)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Washington Neonatal Screens

- Congenital adrenal hyperplasia (CAH).
- Hemoglobinopathies (Hgb).
- Phenylketonuria (PKU).
- Congenital hypothyroidism (CH).

Hearing Screen

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

Hepatitis B Vaccine

Dosing schedule:

- First dose at birth or other starting date.
- Second dose at least one month after the first dose.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or the Denver II, or the ELMS2 (a language screen).

Yes No

- Regards face.
- Lifts head while prone.
- Moves extremities equally.
- Mother responds to infant cues.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on even *one* of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



건강진단 - 유아기 (2-4주) WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS (EPSDT 지침 준수)

날짜

유아기 (2-4주)

아동의 이름		생년월일
알레르기 문제		현재 복용하고 있는 약품
출생 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등		
<p>예 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 잠을 잘 잡니다.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 잘 먹고 잘 뺍니다.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 소리를 듣습니다.</p> <p>예 아니오</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 제 얼굴을 쳐다봅니다.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 을 때 말을 해 주거나 안아 주면 일단 그침니다.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 저는 자주 슬픈 기분이 들곤 해서 염려가 됩니다.</p>		
체중 KG/OZ. 백분율	신장 CM/IN. 백분율	어려움 데 백분율
<input type="checkbox"/> 신체검사	<input type="checkbox"/> 가족 병력 검토	<p>식사 _____</p> <p>배설(대/소변) _____</p> <p>수면 _____</p> <p><input type="checkbox"/> PKU <input type="checkbox"/> 예방접종 기록 검토</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 _____</p> <p>보건교육/예상하고 있는 지도 사항: (해당 항목 전체 체크)</p> <p><input type="checkbox"/> 가족 계획 <input type="checkbox"/> 안전 <input type="checkbox"/> 바로 눕혀 재우기</p> <p><input type="checkbox"/> 발육(발달)상태 <input type="checkbox"/> 안전한 유아용 침대 <input type="checkbox"/> 흔들린 아기증후군</p> <p><input type="checkbox"/> 아기와의 유대관계 <input type="checkbox"/> 젖(우유)먹이기/복통 <input type="checkbox"/> 열</p> <p><input type="checkbox"/> 간접흡연 <input type="checkbox"/> 잠자리에서 우유병 사용하지 않기 <input type="checkbox"/> 탁아소</p> <p><input type="checkbox"/> 적정 카시트</p> <p><input type="checkbox"/> 기타: _____</p> <p>평가: _____</p> <p>예방접종</p> <p>의뢰</p>
검사 항목:	N A	
청력 검사	<input type="checkbox"/>	
시력 검사	<input type="checkbox"/>	
발달 사항	<input type="checkbox"/>	
행동 사항	<input type="checkbox"/>	
사회/정서적 사항	<input type="checkbox"/>	
대 운동근육(신경)	<input type="checkbox"/>	
소 운동근육(신경)	<input type="checkbox"/>	
신체:	N A	
외모	<input type="checkbox"/>	
피부	<input type="checkbox"/>	
머리/정수리 후 천문	<input type="checkbox"/>	
눈	<input type="checkbox"/>	
귀	<input type="checkbox"/>	
코	<input type="checkbox"/>	
관절	<input type="checkbox"/>	
정신 건강	<input type="checkbox"/>	
홍부	N A	
폐	<input type="checkbox"/>	
심장 혈관/맥박	<input type="checkbox"/>	
복부	<input type="checkbox"/>	
생식기	<input type="checkbox"/>	
척추	<input type="checkbox"/>	
수족(손발)	<input type="checkbox"/>	
신경	<input type="checkbox"/>	
이상 건강에 대한 의견:		
다음 방문: 2개월		진찰자 성명
진찰자 서명		진찰자(진료원) 주소

2주 아동의 건강

성장 과도기

2주에서 2개월 사이의 아이 발육 범위들

아기를 안아 주면 부/모의 얼굴을 쳐다보고
부/모의 얼굴이 움직이는 대로 따라봅니다.

부/모의 음성에 귀를 기울입니다.

소리에 깜짝 놀라거나, 눈을 깜박이거나
혹은 울며 반응을 나타냅니다.

팔과 다리를 움직이고 엎드려 놓으면 고개를
들려고 합니다.

필요한 것이 있으면 칭얼거리거나 웁니다.

아이가 새로운 기술을 배우는 데 도움이 되도록 아이와 대화하고 놀아줍니다.

도움이나 상세한 정보를 원할 때

소아과 의사 찾기와 무료 혹은 저

비용의 의료보험 찾기: Healthy Mothers,
Healthy Babies 정보 및 의뢰 기관 전화
번호 .1-800-322-2588 (음성) 혹은 1-800-833-
6388 (TTY 자막)

모유 먹이기, 식품 및 건강 정보:

Women, Infant, Children (WIC) Program,
call the Healthy Mothers, Healthy Babies
정보 및 의뢰 기관 전화 번호.(상기 번호
참조)

안전 카-시트: Safety Restraint

Coalition, 1-800-BUCK-L-UP (음성) 혹은 1-
800-833-6388 (TTY 자막)

건강정보

아기가 배가 고픈 시기를 알아 내 아기가 물기
전에 먹이도록 하십시오. 아기가 칭얼거리거나
아기를 안아 주면 가슴 쪽으로 고개를 돌리면 배고
고프다는 것을 알 수 있습니다.

모유는 아기에게 있어 생후 1년간 가장 좋은
식품입니다. 가능하다면 모유를 계속 먹이도록
하십시오.

우유를 먹인다면 먹이는 동안 아기를 안아서
먹이도록 하십시오. 이러한 시간은 아기와
엄마에게 필요합니다.

예방 접종은 12가지의 심각한 질병으로 보호할 수
있습니다. 시기에 맞게 모든 분량의 백신을 다
접종토록 하십시오.

영아 돌연사 증후군(SIDS) 발생을 줄일 수 있도록
아기를 재울 때는 **언제든지** 바로 눕혀 재우도록
하십시오. 너무 폭신풍신한 이불을 사용하지 말고
침대 내에 봉제 인형 등을 두지 않도록 합니다.

감기를 앓고 있거나 기침을 하는 사람들로부터
아기를 멀리하십시오. 아기를 안거나 돌보는
사람들의 손을 자주 씻도록 합니다.

양육정보

부모의 사랑을 나타내십시오. 자주 아기에게 말을
하고 안아 주고 눈을 바라보고 속삭여 줌으로
사랑을 나타냅니다. 아기는 부모를 볼 수 있으며
들을 수 있습니다. 이러한 행동으로 아기는 이미
배우고 있습니다!

아기는 칭얼거림으로 혹은 울음으로 자기가 원하는
것을 표현하려고 합니다. 아기가 울면 달래
주십시오. 그냥 안아 준다고 해서 벼룩이 없어
지는 것은 아닙니다.

안전정보

아기의 카-시트는 항상 뒤로 보도록 하고 아기를
태우고, 카-시트는 차량 뒷좌석에 두고 에어
백과의 거리를 멀리합니다.

아기를 **절대로** 훈들어서는 아니 됩니다. 아기를
흔들게 되면 심각한 두뇌 손상을 입힐 수 있습니다.
아기를 돌보는 모든 사람에게 아기를 훈들지 않도록
주의시키십시오.